

ÉPILEPSIES

DR A. BOULEFKHAD

Année universitaire 2019 – 2020

**UNIVERSITE DE CONSTANTINE 3
FACULTE DE MEDECINE PR. B. BENSMAIL**

Objectifs pédagogiques

1. Connaître la classification des crises épileptiques
2. Décrire leurs sémiologie.
3. Diagnostiquer les principaux syndromes épileptiques .

PLAN

- Introduction
- Epidémiologie.
- Classification des crises épileptiques.
- Sémiologie électro cliniques des crises épileptiques.
- Classification des syndromes épileptiques
- Principaux syndromes épileptiques
- Diagnostic positif d'une crise d'épilepsie
- Principales causes des crises épileptiques

Introduction



- L'épilepsie : une des affections neurologiques chroniques les **plus fréquentes**.
- Un **problème majeur** de santé publique
- La majorité de cas, diagnostiquée et traitée par des **moyens relativement simples**.

Introduction

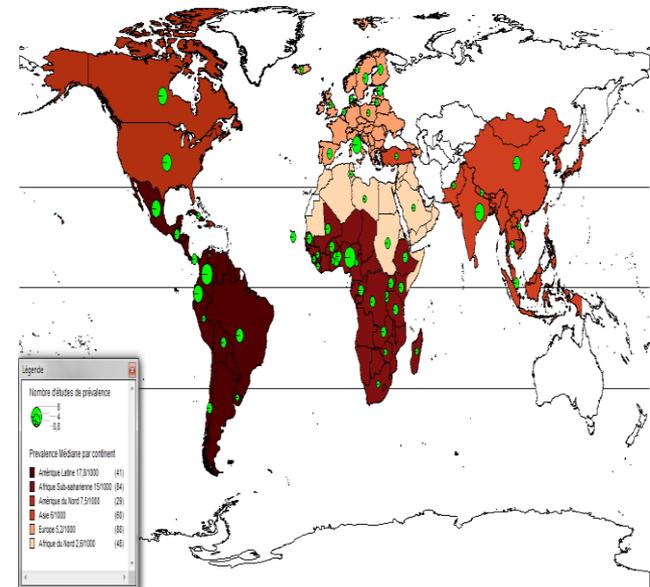
- Les crises d'épilepsie : **manifestations cliniques, paroxystiques, motrices, sensitives, sensorielles ou psychiques**, accompagnées ou non d'une perte de conscience,
- **Décharge anormale, excessive et hyper synchrone** d'une population plus ou moins étendue de neurones du cortex cérébral
- **L' épilepsie** : La ligue internationale contre l'épilepsie (LICE) :
 - La survenue d'au moins 2 crises épileptiques non provoquées
 - de plus de 24 heures.
 - Aucune cause ne peut être immédiatement identifiée.

Epidémiologie

- Une des maladies chroniques les plus répandues
- **1** individu / **200** épileptique
- La prévalence de l'épilepsie : **3 à 8** pour 1 000 habitants.
- Son Incidence : **20 à 136 / 100 000 habitants /an.**

Epidémiologie

- **50 millions** de personnes dans le monde (80% se trouvent dans les pays en développement).
- En Algérie : une des maladies neurologiques les plus fréquentes, son incidence est de **56 nouveaux cas/100.000h/an** et sa prévalence est de **8,32 %**



Epidémiologie

- La mortalité : la population épileptique est **2 à 3 fois** plus élevée / la population générale.
- La maladie causale , à l'EME ou ses conséquences (TC , noyade ...) parfois, inexpliquée (SUDEP : Sudden Unexplained Death Epileptic Patients).

Classification des crises épileptiques

Classification internationale des crises épileptiques (1981)

I- Crises généralisées

- A - Absences : typiques / atypiques
- B - Crises myocloniques
- C - Crises cloniques
- D - Crises toniques
- E - Crises tonico-cloniques
- F - Crises atoniques

II- Crises partielles

A- Crises partielles simples

1. Avec signes moteurs
2. Avec signes somatosensitifs ou sensoriels
3. Avec signes végétatifs
4. Avec signes psychiques

B- Crises partielles complexes

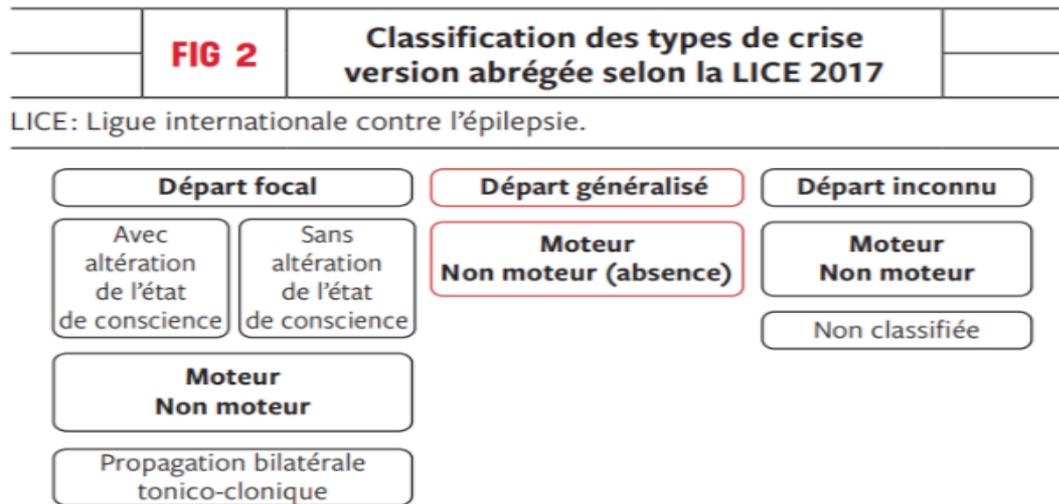
1. Début partiel simple suivi de troubles de la conscience et/ou d'automatisme
2. Troubles de la conscience dès le début de la crise avec ou non des automatismes

C- Crises partielles secondairement généralisées

1. Crises partielles simples secondairement généralisées
2. Crises partielles complexes secondairement généralisées
3. Crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe puis vers une généralisation secondaire.

III- Crises non classées

Classification des crises épileptiques (2017)



(Adaptée de réf. 3).

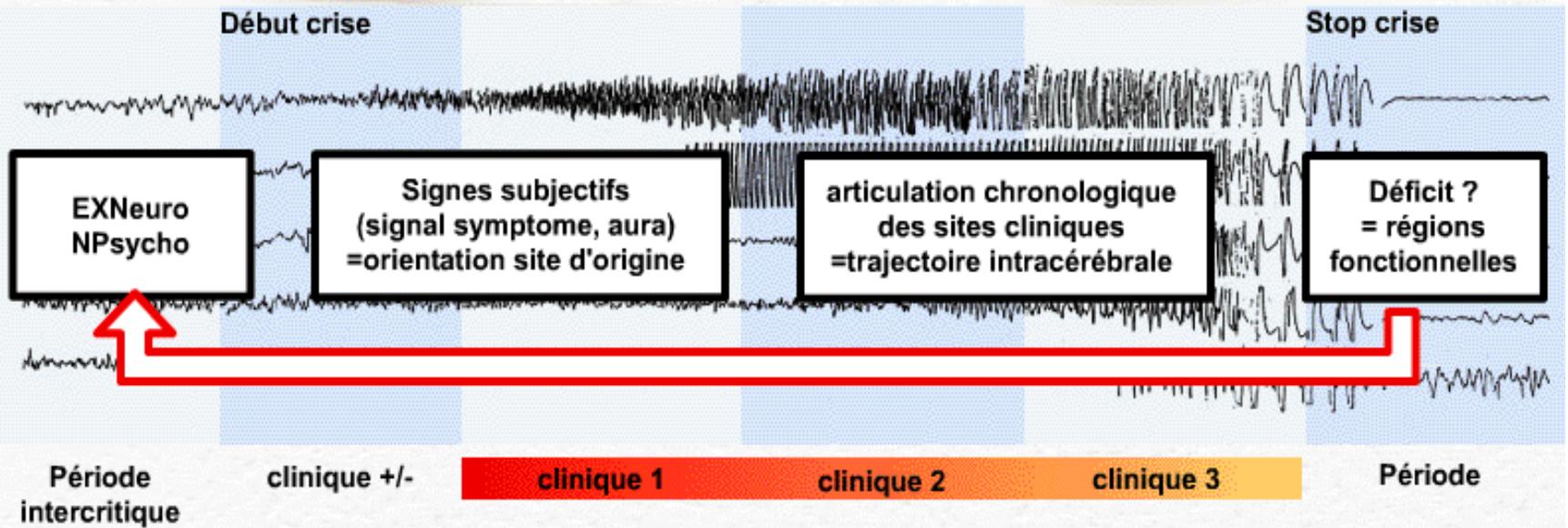
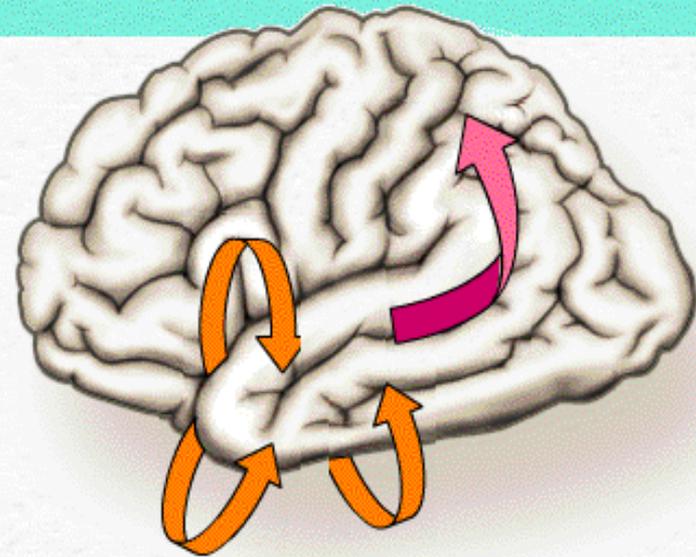
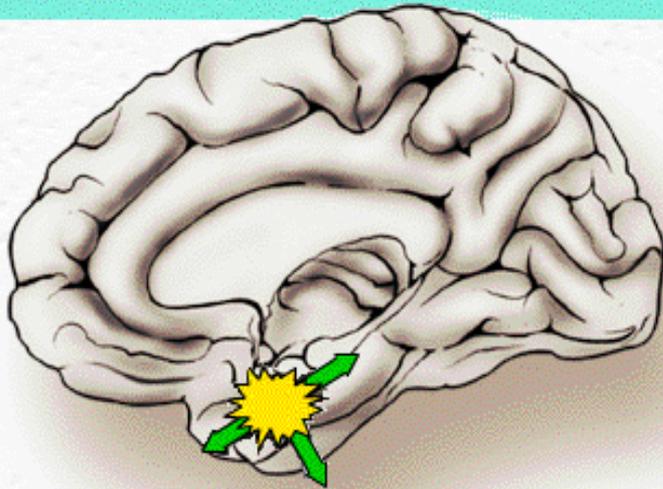
Crises généralisées

- Décharge paroxystique **d'emblée propagée aux deux hémisphères** intéressant simultanément l'ensemble du cortex cérébral.
- Les **manifestations électriques critiques** sont caractérisées par des décharges de pointes, polypointes, pointes-ondes **bilatérales, synchrones et symétriques sur les deux hémisphères**

Crises focales

- La décharge paroxystique intéresse initialement un secteur limité des structures corticales : **la zone épileptogène.**
- *On distingue*
- Les crises partielles simples
- Les crises partielles complexes
- Les crises partielles secondairement généralisées
 - CP simples : une intégrité de la conscience
 - CP complexes : altération de la conscience

Corrélations anatomo-électro-cliniques





Sémiologie des crises

Absence

Crise de **brèves durée** caractérisée par une **altération de la conscience** (une baisse momentanée du niveau de conscience : **perte de contact** qu'une perte de la conscience)

- On distingue 2 types:
- **Les absences typiques**
- **Les absences atypiques**

Absences

Absences simples et des absences complexes

Absences simples : absences pures

Absences complexes : absences accompagnées d'autres manifestations épileptiques : myoclonies, crise atonique, perte des urines, crise giratoire...

Absences typiques et des absences atypiques

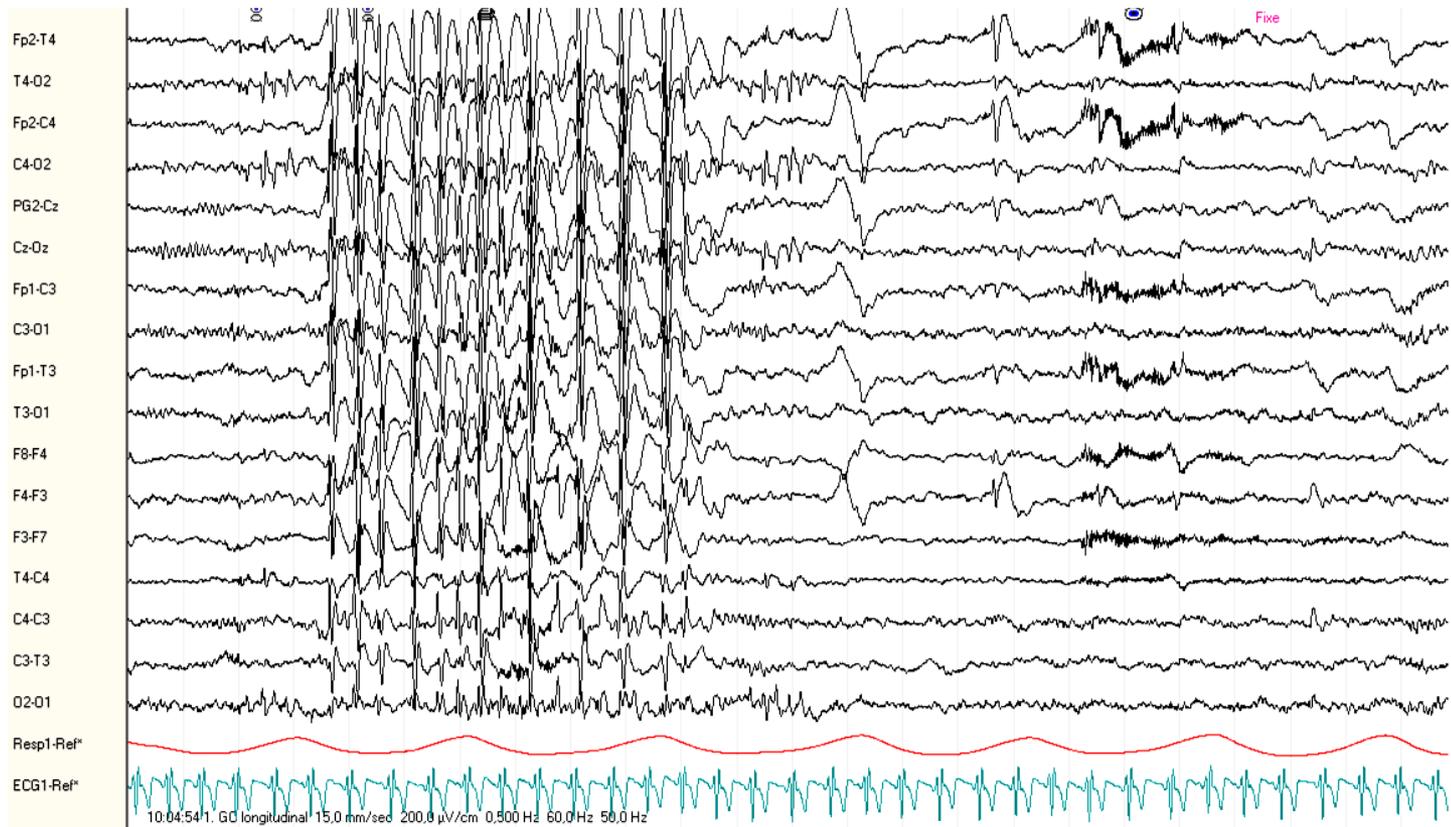
- **Absences typiques** : Absences Petit Mal
- **Absences atypiques** : *Petit Mal variant*

Absences typiques

- Rupture brutale et totale du contact et de la conscience durant de **quelques secondes à 20 s** ou plus, mais moins d'une minute.
- **De début et de fin brusque.**
- **classiquement isolée**, ou accompagnée de myoclonies discrètes du visage durant les 1^{res} secondes, et d'automatismes simples (automatismes gestuels simples ou de persévération motrice de l'activité en cours), en particulier en cas d'absence longue.

Absences typiques

- EEG: une longue **bouffée** (10 à 20 s) **de P.O à (3 à 3,5c/S), bilatérales, synchrones et symétriques.**
- **Une prédominance antérieure**
- **Rythme de fond : normal**



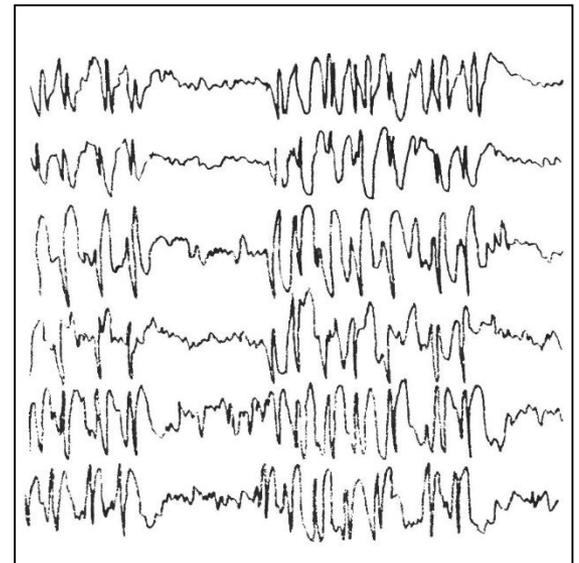
Absences atypiques

- Début et fin **plus progressifs**
- Durée généralement plus **longue**
- Altération de la conscience moins marqués.
- Des éléments toniques, atoniques, myocloniques **plus prononcés** et moins symétriques sont présents.
- Rencontrées surtout dans les **encéphalopathies épileptogènes de l'enfant**

Absences atypiques

EEG:

- Décharges de pointes ondes bilatérales, irrégulières, parfois asynchrones, de fréquence lentes inférieure à **2,5 Hz**.
- Ces décharges surviennent sur **activité de fond souvent anormale**



Crises myocloniques

- Contraction simultanée de muscles agonistes et antagonistes provoquant une secousse musculaire soudaine et brève dont la **topographie et l'intensité sont variables.**
- Elles sont **bilatérales et symétriques ou**
 - **asymétriques** ou perçues comme unilatérales
 - **proximales ou distales**
- Surviennent **en l'absence d'altération perceptible de la conscience.**

3- Crises cloniques

- **Secousses cloniques bilatérales,** progressivement ralenties, de durée variable.
- S'accompagnent d'une **altération de la conscience** et d'une **obnubilation post-critique.**
- Surviennent électivement chez le jeune enfant (convulsions fébriles)

Crises toniques

- **Contraction musculaire soutenue**, durant quelques secondes, en salves
- Associée à une **altération de la conscience**, une apnée, ou à d'autres troubles végétatifs (hypersudation, rougeur) .
- Elles **entraînent des chutes brutales traumatique**
- Se rencontrent électivement dans les encéphalopathies épileptogènes de l'enfant

5- Crises atoniques

- **Dissolution du tonus postural**
- Entraînant **une chute brutale et traumatique**, parfois limitée à une simple chute de la tête en avant.

On distingue :

- Les crises atoniques brèves : localisées ou généralisée
- Les crises atoniques prolongées :
 - chute
 - perte de la connaissance
 - pas de convulsion

C. Tonico clonique généralisée ou C. grand mal

Son déroulement habituellement stéréotypé :

- Début **brutal**,
- Parfois inaugurée par un long **cri rauque, unique**.
- Si le sujet est debout: **chute brutale** sur place, avec parfois des blessures plus ou moins graves.
- Déroulement en **3 phases** :
 - phase tonique
 - phase clonique
 - phase stertoreuse ou résolutive

1. Phase tonique :

- Dure de **10-20 secondes**.
- Comprenant une **contraction tonique** soutenue intéresse l'ensemble de la musculature squelettique d'abord en **flexion puis en extension**.
- **Apnée, des troubles neurovégétatifs** importants : tachycardie, augmentation de la PA, mydriase, hypersécrétion bronchique et salivaire.
- **Morsure latérale de la langue** possible (peut survenir pendant la phase clonique).

C. Tonico clonique généralisée ou C. grand mal

- **Phase clonique : 30 S.**
- Relâchement intermittent de la contracture musculaire tonique
- **Secousses bilatérales, synchrones, intenses, s'espaçant progressivement pour s'interrompre brutalement.**

C. Tonico clonique généralisée ou C. grand mal

c. Phase résolutive : qlq mn à qlq dizaine mn

- Après la phase clonique, le sujet hypotonique, immobile, une **obnubilation profonde et un relâchement musculaire complet** : une perte d'urines peut survenir.
- Le patient reprend sa **respiration ample** et bruyante et qualifiée de « **stertoreuse** ».
- La reprise de la conscience progressive avec une phase de **confusion d'intensité et de durée variable**.

Crise partielle simple avec signes moteurs

□ **Somatomotrice avec marche bravais-jacksonienne :**

Début par des clonies du pouce et du gros orteil puis ensuite évolution à tout l'hémicorps.

(extension selon somatotopie), **marche chéiro-orale** : évocatrice (cortex moteur primaire controlatéral).

□ **Motrice** : clonies ou spasme tonique sans marche jacksonienne.

□ **Phonatoire** : impossibilité de parler, vocalisation, palilalie (cortex rolandique).

□ **Crise versives** : déviation involontaire de la tête avec rotation des yeux dans le même sens.

Crise partielle simple avec signes sensitifs ou sensoriels

- **Somatosensitive** : paresthésies avec extension selon la somatotopie → cortex pariétal primaire.
- **visuelle** : hallucinations élémentaires positives (phosphènes : points brillants, étoiles, cercles colorés, parfois rythmiques) ou négatives (scotome, hémianopsie, amaurose)
 - **Illusions visuelles**, impression de grossissement (macropsies, micropsies), d'éloignement (téléopsie) ou hallucinations complexes (objet, personnages ou véritables scènes).

Crise partielle simple avec signes sensitifs ou sensoriels

□ Les crises auditives:

Manifestations illusionnelles (déformation de voix, éloignement des sons...) ou hallucinatoires simples (bruits, bourdonnement, sifflement) ou complexes (musique, voix...).

Crise partielle simple avec signes sensitifs ou sensoriels

Les crises olfactives

- D'ordre hallucinatoire, à type de perception d'odeur désagréable souvent indéfinissable.

Les crises gustatives

- Il s'agit d'hallucinations gustatives (goût amer ou acide, rarement salé...)

Avec signes végétatifs

- ❑ **Sphère digestive** (Sensations de pesanteur, striction, douleur, chaleur, nausées, vomissements, éructation, hypersialorrhée)
- ❑ **Tractus uro-génital** (urination, érection)
- ❑ **Système cardio-vasculaire** (Palpitations, pâleur, tachycardie, bradycardie).
- ❑ **Système respiratoire** (toux, gêne respiratoire, bradypnée, polypnée, apnée)
- ❑ **Thermo-régulation** (frissons, sudation, bouffées de chaleur)
- ❑ **Musculature oculaire intrinsèque**
(mydriase/myosis)

Avec signes psychiques

Perturbation élektive des fonctions corticales supérieures, sans altération de l'état de conscience

- **État de rêve:** impressions mal définies d'étrangeté, irréalité, vécu du présent sur un mode onirique

Avec signes psychiques

- **Illusions de familiarité** (déjà vécu-déjà vu) ou d'étrangeté (jamais vu, jamais vécu)
- **Pensée forcée** (idée parasite qui s'impose au sujet)
- **Troubles instinctivo-affectifs**: anxiété, peur, terreur voir un sentiment de bien être ou d'euphorie
- **Crises de rires** (crises gélastiques) ou de **pleur** (crises dacrystiques).

Crises partielles complexes

- Définies par l'existence d'un troubles de la conscience
- 2 types :
 - **Les crises partielles simples suivies d'une altération de la conscience**
 - **Les crises partielles débutant d'emblée par une altération de la conscience**

Crises partielles complexes

- S'accompagnent ou non d'automatismes (Manifestations motrices involontaires plus ou moins élaborées).
- **Automatismes oro-alimentaires:** Activités de mâchonnement, dégustation, mastication, déglutition.
- **Automatismes gestuels**
 - **Simple:** grattage, frottements, manipulations, activité d'émiettement, pédalage...
 - **Complexes:** réalisant des séquences plus élaborées (déboutonner les vêtements, fouiller dans les poches...)



Classification des syndromes épileptiques

Classification des syndromes épileptiques

- La classification syndromique repose sur la **topographie et l'étiologie** :

- **La topographie : généralisées et focales** selon
 - **Le type de crises.**
 - **Les anomalies EEG généralisées ou focales.**
 - **L'état clinique intercritique.**
 - **La normalité ou non de l'IRM encéphalique.**

Classification des syndromes épileptiques

- L'étiologie: **la cause génétique** (prouvée ou probable) et de la **découverte d'une lésion** (prouvée ou probable).
- ***E idiopathiques***: indépendamment de toute lésion cérébrale, le facteur étiologique principal : **prédisposition génétique réelle ou présumée**.
- ***E symptomatiques***: lésion structurelle diffuse ou focale, évolutive ou fixe du SNC. Lésion objectivée par les explorations neuroradiologiques.
- ***E cryptogéniques*** (dont la cause est cachée) :résumées symptomatiques d'une cause occulte qui échappe à nos moyens d'investigations.

Classification internationale des Épilepsies et des Syndromes Épileptiques (Commission 1989)

/ E et Sds Épileptiques focaux ou partiels

- **a/ Idiopathiques (début lié à l'age)**
 - ✓ **E BÉnigne de l'enfance avec paroxysmes Centro temporaux (rolandiques) (EPR)**
 - ✓ **E bÉnigne de l'enfance avec paroxysmes occipitaux**
 - ✓ **E primaire de la lecture**

- **b/ Symptomathologiques**
 - **Sd de Kojwnikow** ou E partielle continue
 - **E lobaires** : E du lobe temporal
 - E du lobe frontal
 - E du lobe pariétal
 - E du lobe occipital

- c/ CryptogÉniques: Étiologie reste inconnue**

Classification internationale des Épilepsies et des Syndromes Épileptiques (Commission 1989)

2/ E et syndromes Épileptiques généralisés

- **Idiopathiques, liés à l'âge ; par ordre chronologique**
 - **convulsions néonatales familiales bénignes**
 - **convulsions néonatales bénignes**
 - **E myoclonique bénigne de l'enfance**
 - **E absence de l'enfance**
 - **E absence de l'adolescence**
 - **E myoclonique juvénile**
 - **E à crises grand mal du réveil**
 - **E à crises précipitées par certaines modalités spécifiques**

E dont le caractère focal ou généralisé n'est pas déterminé

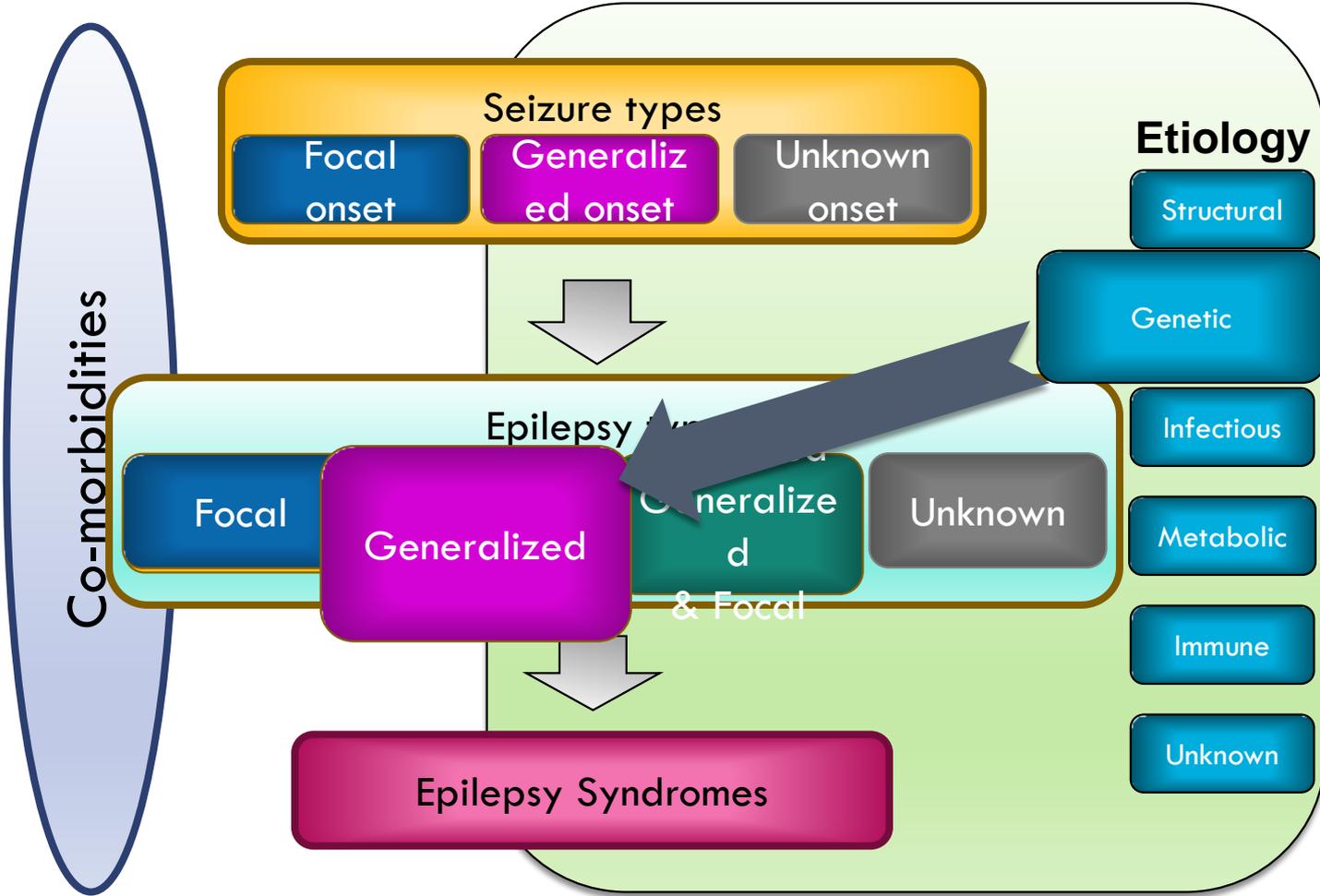
(association de crises généralisées et partielles)

- **Crises néonatales**
- **E myoclonique sévère**
- **E avec pointe –ondes continues pendant le sommeil lent**
- **E avec aphasie acquise (Sd de Landau – Kleffner)**

Classification internationale des Épilepsies et des Syndromes Épileptiques (Commission 1989)

4/ Syndromes spéciaux

- **Crises occasionnelles liées à une situation épileptique transitoire**
 - **Convulsion fébriles**
 - **Crises uniquement précipitées par un facteur toxique ou métabolique**
- **Crise isolée ,état de mal isolé**



Classification des syndromes épileptiques (2017)



□ **Principaux syndromes épileptiques**



Epilepsies partielles ou focales

Epilepsie partielle bénigne centrotemporale(EPCT) ou E à paroxysme rolonmique :

Epilepsie partielle idiopathique bénigne.

- Fréquente, survient entre **5 – 10 ans.** □
- Crises partielles simples de courte durée, touchent électivement □
 - la **région bucco- faciale : contractions toniques** □
ou des **clonies de l'hémiface**, paresthésie de la langue ou des gencives, hypersialorrhée, **bruits de gorge**
 - Ces crises :liées au **sommeil**, elles apparaissent □
le plus souvent lors de l'endormissement ou lors du réveil.

EPCT

- **EEG inter critique : activité de fond normale** associée à des **pointes** dans région **centro temporale** uni ou bilatérales
- Ces pointes sont activées par le sommeil.
- Le premier choix: **PAS DE TRAITEMENT**
 - Si crises fréquentes et en fonction de l'âge:
 - Levetiracetam; Lamotrigine (Pas Carbamazépine).



Syndrome de KOJEWNIKOV

Epilepsie focale **non idiopathique** Caractérisée □
par des crises partielles **somotomotrices** □
fréquemment suivies dans le même territoire par
des myoclonies segmentaires permanentes rebelles
à la thérapeutique.

EEG : anomalies focales dans les régions centrales

Epilepsie du lobe temporal

- Débutent: plus souvent **pendant l'enfance ou à l'âge adulte.**
- Les crises peuvent être de type **partiel simple** ou le plus souvent de type **partiel complexe** et peuvent se généraliser.
- Se manifestent par des symptômes très variés : **crises avec automatismes**, moteur, oro-alimentaire le plus souvent ou verbaux, avec **manifestations végétatives, crises psychiques.**

Epilepsie du lobe temporal

Etiologie : une **sclérose hippocampique** : la conséquence à des lésions ischémiques secondaire à des **crises convulsives prolongées** ou un état de mal dans la **période néonatale**. □

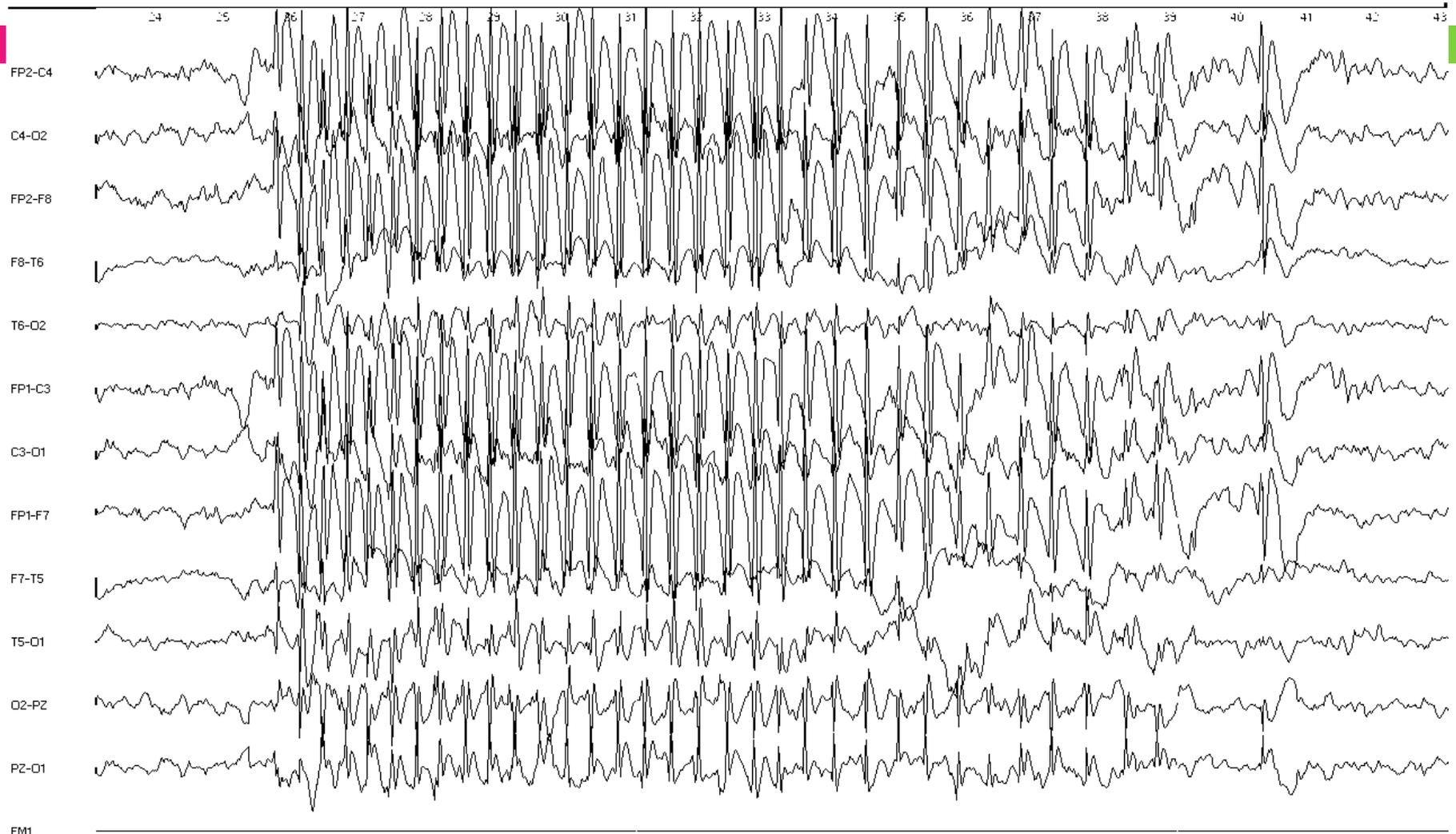
- **EEG inter critique** : anomalies focales des points, pointes lentes, ondes lentes temporales uni ou bilatérales.

Epilepsies généralisées idiopathiques

Epilepsie absence de l'enfant (petit-mal) .

- Epilepsie généralisée idiopathique.
- Débute à l'âge **5 à 6** ans souvent chez les filles.
- **Antécédents familiaux d'épilepsie généralisées idiopathiques.**
- Se manifeste : **absences typiques** de durée brèves (5 – 15 S) et à **début et la fin brusques** parfois s'accompagne par des clonies palpébrales à 3 c/s.
- Fréquence: **10 à 100 fois/j.**
- EEG : de charges de **points-ondes bilatérales** symétriques et synchrones à **3 cycles/S** à **début et fin brusque** sur un trace de **fond normal.**

Epilepsie absence



Fer...

SVP

SVP

Epilepsie absence de l'enfant (petit-mal) EAE.

- **TRT:VPA ,ethosuximide et /ou lamotrigine**
- **Carbamazepine,vigabatin,gabapentine,Phenobarbital, Phynotoine sont contre indiqués.**
- **Evolution : souvent favorable.**

Epilepsie absence de l'adolescent

- début **vers 14 ans**
- Les **absences**: même type que celles de l'**EAE plus rares** et surviennent en salves le matin au réveil.
- Crises **généralisées tonico-cloniques**, des **myoclonies** souvent **associées**.
- Facteurs **déclenchants** : réveil, SLI, spontané

Epilepsie avec crises grand mal du réveil (grand-mal).

- La **plus fréquente des épilepsies** de l'adulte. □
- Débute pendant l'**adolescence**.
- Crises tonico-cloniques généralisées d'emblée isolées ou **associées à absences typiques et/ou des crises myocloniques**.
- Déclenchées par la privation **de sommeil, absorption excessive d'alcool** et l'interruption brutale d'un traitement anti épileptique.
- Des antécédents familiaux souvent retrouvés.
- **EEG intercritique** : anomalies paroxystiques bilatérales symétriques et synchrones sur un tracé de fond normal

Epilepsie myoclonique juvénile (E.M.J):

- Débute entre **12 – 17** (l'adolescence).
- Se manifeste par des **accès myocloniques** bilatéraux synchrones, isolés ou répétitifs souvent arythmiques et irréguliers touchent les racines des membres supérieurs et la face → le lâchage d'objets, les membres inférieures → une chute brutale .
- Sans trouble de la conscience **électivement dans l'heure qui suit le réveil.**
- Favorisées par le **manque de sommeil, stimulation lumineuse intermittente (SLI).**

Epilepsie myoclonique juvénile (E.M.J):

- Association possible avec **absence typique et/ou suivies par des crises tonico-cloniques généralisées.**
- **EEG** : décharges de **polypointes ondes généralisées** sur une **trace de fond normal.**



Encéphalopathies épileptiques

Encéphalopathies épileptiques

- **Ensemble des séquelles neurologiques et psychiques chroniques.**
- **Consécutives à des processus encéphaliques**
- **Développés avant la naissance ou lors des premières années de la vie.**

Le syndrome de West :

- Débute : le nourrisson : **4 – 7 mois** caractérisée
- Syndrome associant **spasmes infantiles, hypsarythmie, régression psychomotrice.**

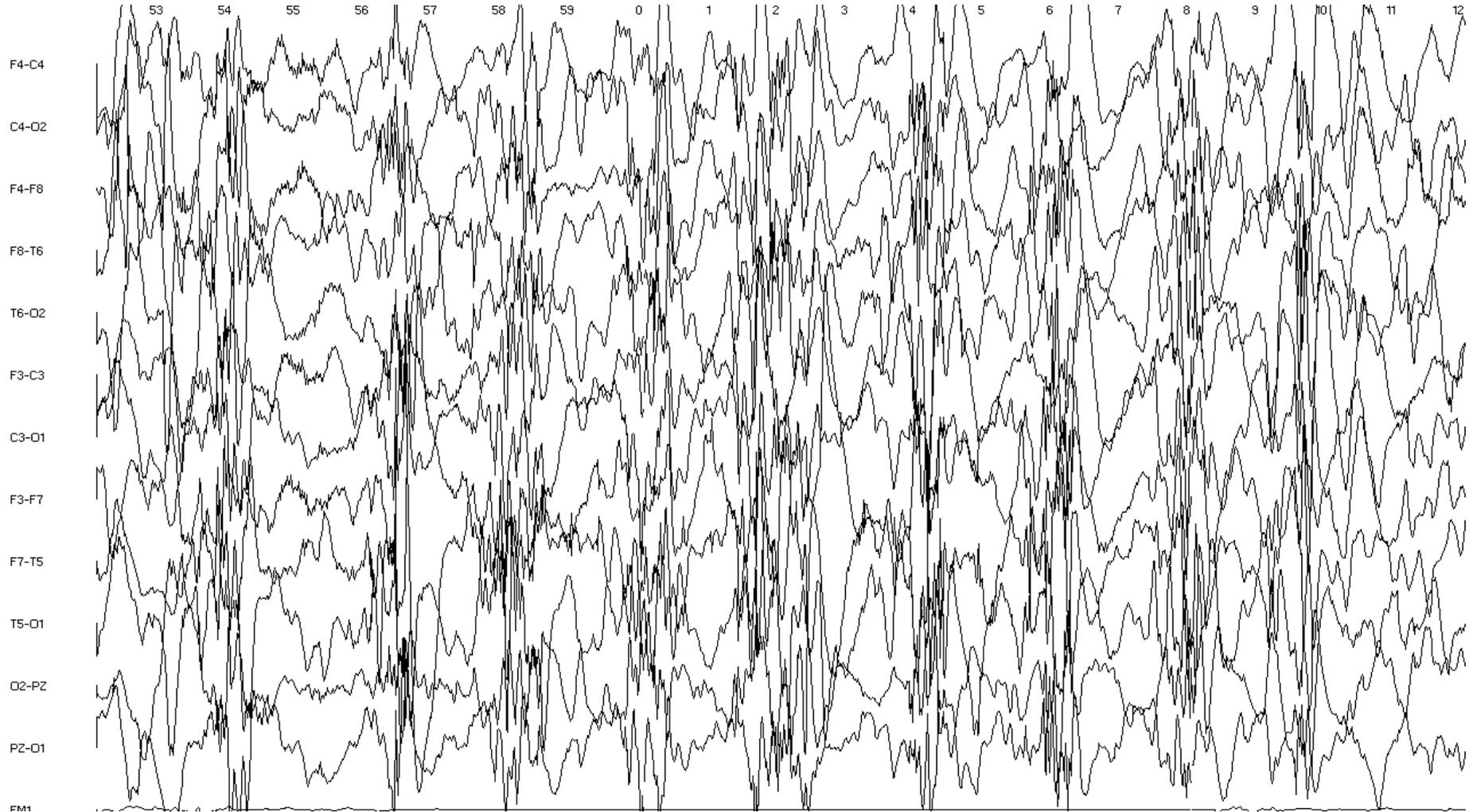
Spasmes infantiles : souvent *en flexion* parfois en extension ou mixte très brèves isolées ou groupées en salves en préférence à l'endormissement ou au réveil, parfois associant à des criss focales.

•

Le syndrome de West :

- **b) Régression psychomotrice** (trouble de poursuite oculaire)
- **EEG Inter critique : Hypsarythmie** : désorganisation complète du tracé, faite d'une succession interrompue d'ondes lentes et des pointes de très grande amplitude, diffuses et irrégulières.

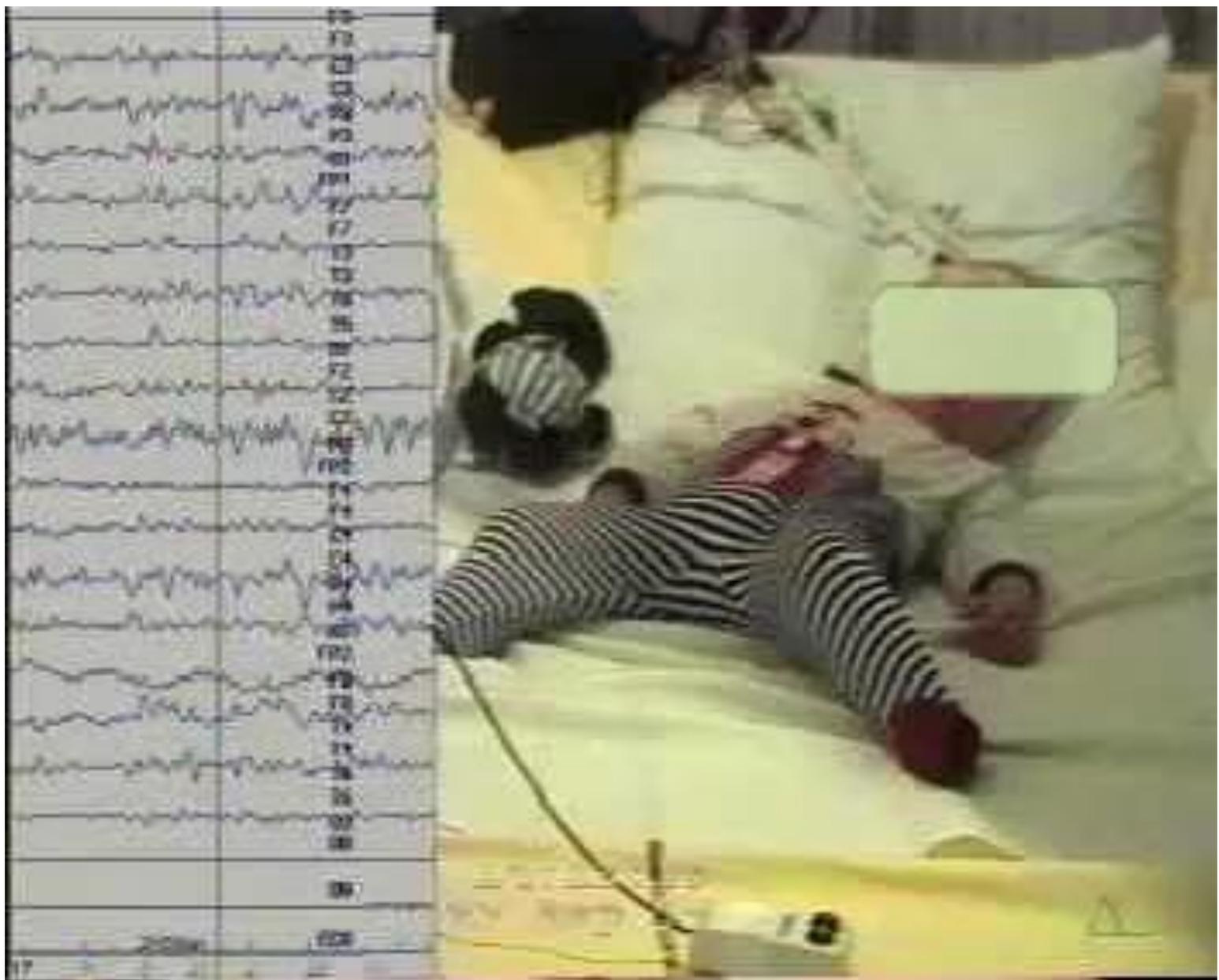
Hypsarythmie



Le syndrome de West :

Etiologies

- Sclérose tubéreuse de Bournonville
- **Malformation du développement cortical.**
- **Anoxo-ischémiques.**
- TRT:
 - Le **vigabatrin (VBG)**
 - Si échec **l'indication des corticoïdes.**



Syndrome de Lennox Gastaut (SLG) :

- **Encéphalopathie épileptique sévère**
- Début: **3 et 10 ans.**

1 / Des crises souvent toniques au cours du sommeil parfois discrètes ou réduites à une simple révulsion oculaire.

- Crises atoniques
- Absences atypiques
- Myoclonies massives

Crises avec chute +++

Syndrome de Lennox Gastaut (SLG) :

2/Ralentissement du développement intellectuel

- Des troubles de la personnalité des troubles mentaux,
- Retard intellectuel, troubles caractériels.
- Parfois comportements autistiques ou prépsychotiques.

□ **Etiologies:**

- **Cryptogénique** ou
- **Symptomatique** d'une atteinte cérébrale congénitale ou acquise.
- **Faire suite à un syndrome de West.**

- **Le pronostic est sévère.**

Syndrome de Dravet

- **Début : la 1^{re} année de la vie :** des crises cloniques ou tonico-cloniques, unilatérales ou généralisées, de longue durée très sensible à l'augmentation de la température.
- Des myoclonies et des absences atypiques: plus tardivement.
- **Le traitement : l'objectif de traitement :** éviter les crises prolongées et certains médicaments antiépileptiques : carbamazépine, phénobarbital, vigabatrin, lamotrigine.
- L'évolution: la détérioration progressive, pharmacorésistance de crises et retard mental sévère.



Syndromes spéciaux

les convulsions fébriles

- Crises toniques, tonico-cloniques ou cloniques,
- **enfants âgés de 6 mois à 5 ans**
- **hyperthermie**
- **sans rapport avec une affection aiguë de l'encéphale ou un désordre métabolique.**

- Fréquence : 2 à 4% des enfants présentent une convulsion fébrile

les convulsions fébriles

- **les convulsion fébriles simples** : crises **bilatérale de courte durée Inférieur à 15mn** sans déficit postcritique.(pas d'indication d'EEG).
- **Les convulsions fébriles complexes** : crises **unilatérales, de durée prolongée au-delà de 15mn avec déficit post critique.**
- **Pronostic** : la majorité des enfants **guérissent** **spontanément avant l'âge de 06 ans.**
- le risque ultérieur d'épilepsie** : 4% pour les **convulsions complexes**



Diagnostic positif

Diagnostic positif d'une crise d'épilepsie

-Interrogatoire : du patient et de son entourage est capital à la recherche :

1 - Age de début des crises □

2- ATCD éventuels : - **Familiaux** : cas d'épilepsie □
dans la famille

□ - **Personnels** : pathologie
périnatale, méningite, TC, intoxication, maladie
métabolique, convulsion fébrile.

3- Description de la séméiologie et l'horaire des crises

Diagnostic positif d'une crise d'épilepsie

4-Facteurs déclenchants des crises : □

- **Sommeil ou privation du sommeil,** □
- **Fièvre, hyperpnée ou apnée,** □
- **Intoxication alcoolique** (ivresse aiguë ou sevrage), □
- **Cycle menstruel** (crise cataméniales), **surmenage** □

intellectuel ou physique.

- **Stimulation lumineuse** (TV mal réglé), stimulation □
sensitives ou sensorielles (épilepsie réflexe, bruit soudaine
spécifique).

- **Facteurs psychologiques** (ennui, désintérêt, □
contrainte).

Diagnostic positif d'une crise d'épilepsie

Examen clinique : □

- **Troubles neurologiques** : témoignent □ d'une atteinte cérébrale.

- **Troubles psychiques** : troubles du □ comportement, retard mental.

- **Troubles somatiques ou généraux** : □ pathologies associées, retentissement du traitement antiépileptique.

Examens complémentaires

1- EEG : le principal examen complémentaire, sa valeur n'est pas absolue car il peut être normal ou faussement positive :

1- **La qualité du tracé de fond** : le ralentissement de mauvais pronostic.

2- **Le caractère focalisée ou généralisée** des anomalies éventuelles.

3- **L'existence d'anomalies épileptiques** :

* **spécifiques** : pointes, pointes ondes ou poly pointes ondes .

* **non spécifiques** : ondes lentes rythmiques, ralentissement du rythme de fond.

□ **2-EEG VIDEO**

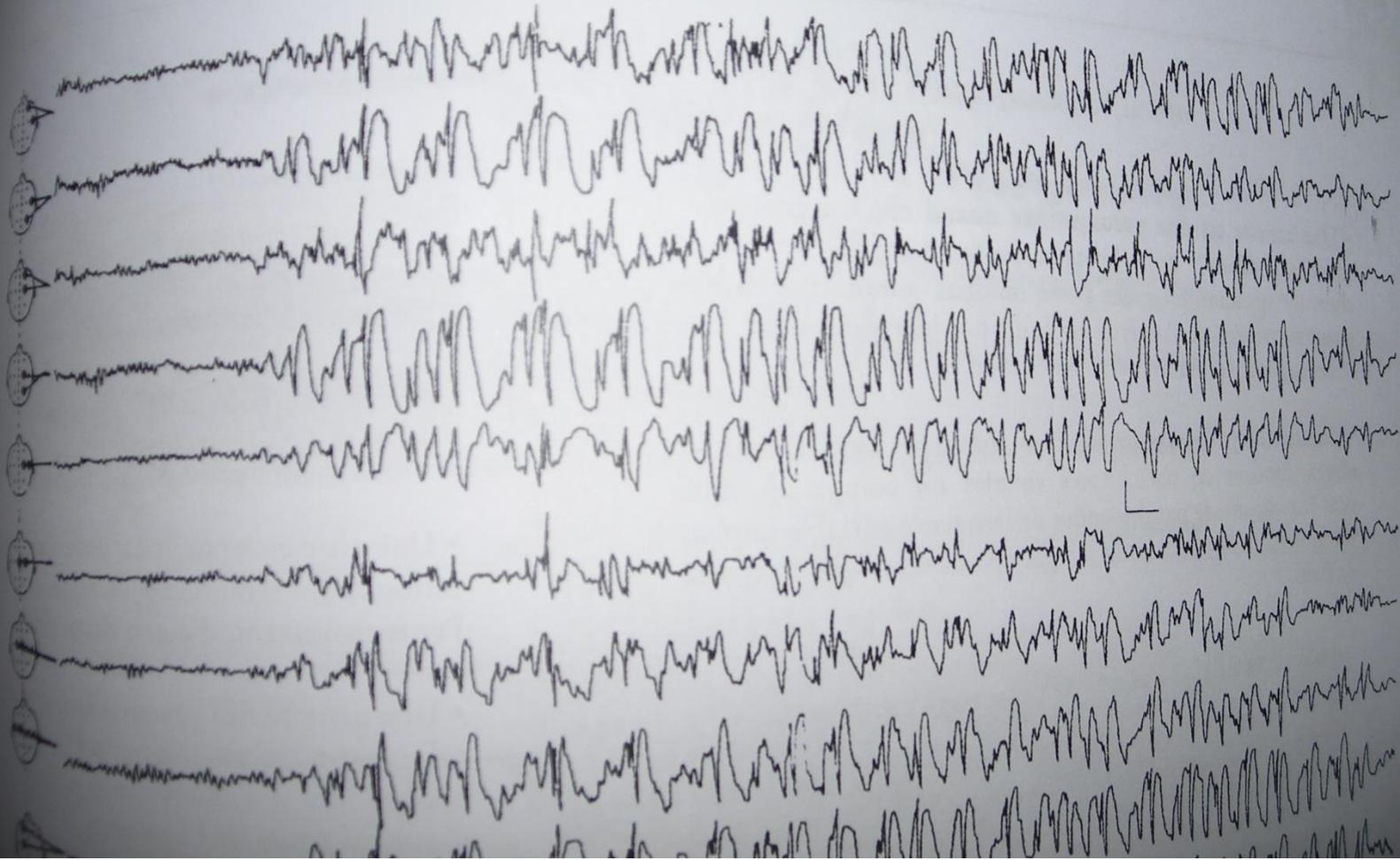
polypointes



pointes-ondes



pointes-ondes lentes



Autres examens complémentaires

- **Bilan Biologique** : hypoglycémie, hypocalcémie, hyponatrémie,,...
- **TDM cérébrale** : suspicion de lésions .1
cérébrales.
- **IRM encéphalique** : suspicion d'une dysplasie corticale, sclérose de l'hippocampe

Principales causes des crises épileptiques

Causes métaboliques

- hypoglycémie.
- Hyperglycémie.
- Hypocalcémie, hypercalcémie, hyponatrémie.
- Insuffisance rénale et Insuffisance hépatique avancées.

Crises généralisées de type tonico-clonique

Causes toxiques

- **Ethylisme** (excès ou sevrage)
- Médicaments : Par **surdosage** antidépresseur tricycliques, neuroleptiques.
- - Par **sevrage brutale** : benzodiazépines, barbituriques.
- - Stupéfiants , cocaïne etc

Causes infectieuses



- Méningites.
- Abscès du cerveau.

Causes vasculaires

- AVC ischémiques / **AVC hémorragiques**, thrombophlébite cérébrale.
- **Malformation vasculaire** non rompue (Angiome ou cavernome etc)
- Encéphalopathie hypertensive aiguë

Causes traumatiques



- **Traumatisme crânien sévère :**
- Hématome sous dural chronique.

Causes tumorales



- Tumeurs de **siège hémisphérique** : astrocytome, méningiome, oligodendrogliome, glioblastome et métastases.

l'Histoire compte de très nombreux épileptiques : Jules César, Dostoïevski, Van Gogh, Molière ou Napoléon Bonaparte etc. ...



Figure 4 : L'Épilepsie dans l'Histoire à travers de Grands Hommes de Socrates à Lénine, de César à Dostoïevski en passant par le Cardinal Richelieu, Alexandre le Grand, Jeanne d'Arc, Molière et Van Gogh.